

Condiciones Generales

Condiciones Generales

**Caja Salud
Familiar**



Condiciones Generales

Artículo 1º. Marco Jurídico	4
Artículo 2º. Objeto y extensión del seguro	4
Artículo 3º. Garantías cubiertas	5
1. Asistencia Primaria	5
2. Asistencia Especializada	6
3. Hospitalización	7
4. Tratamientos y Servicios Especiales	10
MEDICINA PREVENTIVA	10
Planificación familiar	10
Preparación al parto	11
Programa del niño sano	11
Detección precoz y Tratamiento de la Sordera en niños	11
Diagnóstico precoz de enfermedades de la mama	11
Diagnóstico precoz de enfermedades ginecológicas	12
Diagnóstico precoz de enfermedades coronarias	12
Diagnóstico precoz de enfermedades de la próstata	12
Diagnóstico precoz de la diabetes y seguimiento del enfermo diabético	13
Diagnóstico precoz del glaucoma	13
Rehabilitación cardiaca	14
REPRODUCCIÓN ASISTIDA	14
PODOLOGÍA	15
TRATAMIENTOS DE PSICOTERAPIA BREVE O TERAPIA FOCAL	14
TRASPLANTES DE ÓRGANOS	15
PRÓTESIS E IMPLANTES	15
5. Segundo Diagnóstico	16
6. Acceso a la Red Hospitalaria en Estados Unidos de América	16
7. Coberturas adicionales	17
Asistencia Urgente en el Extranjero y	
Traslados en Territorio Nacional	17
Adopción Nacional e Internacional	18
Protección de pagos	18
Fallecimiento por accidente	18
8. Periodos de Carencia	20
9. Participación del Asegurado en el Coste de los Servicios	21
10. Autorización de Prestaciones	21
Artículo 4º. Tarjeta MAPFRE FAMILIAR	21
Artículo 5º. Exclusiones Generales	22
Artículo 6º. Bases del Contrato	23
Artículo 7º. Perfección, efecto y duración del contrato	24
Artículo 7º.bis. Contratación a distancia del seguro	25
Artículo 8º. Pago de la Prima	26
Artículo 9º. Domiciliación Bancaria	27
Artículo 10º. Pérdida de derechos, rescisión e indisputabilidad del contrato	27
Artículo 11º. Prescripción y Jurisdicción	28
Artículo 12º. Extinción y nulidad	28
Definiciones	29

■ Condiciones Generales

Artículo 1º. MARCO JURÍDICO

El presente contrato de seguro se rige por lo dispuesto en la Ley 50/1980, de 8 de octubre de Contrato de Seguro, por el Real Decreto Legislativo 6/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Ordenación y Supervisión de Seguros Privados, y su Reglamento de desarrollo, aprobado por el Real Decreto 2486/1998, de 20 de noviembre, así como por cuantas normas y disposiciones legales promulgadas puedan afectar al contrato de seguro, y por lo convenido en las Condiciones Generales, Especiales, Particulares, sus Anexos y Suplementos.

MAPFRE FAMILIAR de Seguros y Reaseguros, S.A., en lo sucesivo la Aseguradora, tiene su domicilio social en España, siendo el Ministerio de Economía y Hacienda de dicho Estado, a través de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, la autoridad encargada del control del ejercicio de su actividad.

Artículo 2º. OBJETO Y EXTENSIÓN DEL SEGURO

Dentro de los límites y condiciones estipuladas en la póliza, mediante el pago de la prima y la participación del Asegurado que en cada caso corresponda, MAPFRE FAMILIAR asume el compromiso de proporcionar al Asegurado, a través de sus servicios concertados, la asistencia médica, quirúrgica y hospitalaria que proceda en los supuestos de enfermedad o lesión, de acuerdo con las coberturas pactadas y en relación con los riesgos asegurados que se describen.

En todo caso, el Asegurador asume la necesaria asistencia de carácter urgente, de acuerdo con lo previsto en las condiciones de la póliza y en aplicación de lo dispuesto en el Artículo 103 de la Ley de Contrato de Seguro.

En ningún caso podrán concederse indemnizaciones optativas en metálico en sustitución de la prestación de servicios de asistencia sanitaria.

En esta modalidad de Seguro, no son asegurables las personas mayores de 65 años, salvo aceptación expresa de la compañía.

Las coberturas de la póliza tienen validez, siempre que el domicilio habitual de residencia del Asegurado se encuentre en España. Si éste trasladara su domicilio fuera de España, las coberturas de la póliza se extinguirán automáticamente.

Artículo 3º. GARANTÍAS CUBIERTAS

1. Asistencia Primaria

Qué se cubre

La asistencia sanitaria en la consulta del facultativo y en el domicilio del Asegurado designado en la póliza, amparando los siguientes servicios:

MEDICINA GENERAL
PEDIATRÍA Y PUERICULTURA
ENFERMERÍA
HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO
URGENCIAS DOMICILIARIAS Y AMBULATORIAS EN CENTROS MÉDICOS
SERVICIO DE AMBULANCIA

Cómo se presta el servicio

- El Asegurado podrá concertar cita libremente con cualquier facultativo o servicio que figura en la Guía Médica Asistencial vigente.
- El servicio de Asistencia Primaria incluye la asistencia en la consulta del médico o en el domicilio del Asegurado, si bien este supuesto sólo procederá cuando, a criterio del facultativo, el enfermo no pueda desplazarse, por razón de enfermedad o lesión que padezca.
- El servicio de Pediatría y Puericultura estará dirigido a los niños de edad inferior a 15 años.
- El servicio de Enfermería se prestará en la misma forma que el servicio de Medicina General, pero precisando la prescripción escrita de un facultativo, en la que se indicará si la asistencia es a domicilio o en consulta.
- Para la Asistencia Domiciliaria, la elección de un médico generalista, pediatra o ATS fuera de la zona de dicho domicilio, precisará la previa aceptación del profesional.
- El Servicio de Hospitalización a Domicilio precisará en todos los casos la autorización previa de MAPFRE FAMILIAR, supeditada ésta a la existencia en la localidad del domicilio del Asegurado de los servicios sanitarios concertados que lo puedan prestar. Comprenderá exclusivamente la atención médica por médico general y en cuanto al de personal de enfermería se cubrirá exclusivamente la aplicación de inyectables, suero-terapia, sondajes y curas.
- La Asistencia Urgente en el domicilio del Asegurado y en los casos de desplazamiento temporal fuera del mismo, será solicitada al Servicio Telefónico de Urgencias de MAPFRE FAMILIAR. Si necesitara asistencia urgente en centro médico, el Asegurado acudirá directamente a un centro de urgencias concertado por MAPFRE FAMILIAR. En caso de duda podrá contactar con el Servicio Telefónico de Urgencias de MAPFRE FAMILIAR.

- El servicio de Ambulancia, ordinaria o medicalizada concertado por MAPFRE FAMILIAR trasladará al enfermo al hospital para el diagnóstico y/o tratamiento de enfermedades agudas o crónicas reagudizadas, o de éste a su domicilio, siempre que el facultativo lo ordene por escrito y concurren circunstancias especiales de imposibilidad física que le impidan la utilización de los servicios de transporte ordinarios (servicios públicos, taxi o vehículo propio). El servicio se refiere exclusivamente a ambulancias terrestres y no se establece limitación de kilómetros.

Servicios no cubiertos

- **Toda clase de productos o aparatos utilizados en la Hospitalización a Domicilio y en la Asistencia Ambulatoria no realizada en los Hospitales de Día o en los Centros Médicos de Urgencias, como pueden ser: productos farmacéuticos, vacunas, jeringuillas, empapadores, aparatos ortopédicos, monitorizaciones, aparatos de rehabilitación pasiva y en general cualquier producto o asistencia utilizados con fines sociales.**

2. Asistencia Especializada

Qué se cubre

- La Asistencia del Especialista en consulta o en régimen hospitalario, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos propios de cada especialidad, los contrastes radiológicos utilizados en las exploraciones de diagnóstico por la imagen, así como las intervenciones quirúrgicas, con las especificaciones que figuran en la Cartera de Prestaciones de Especialidades del anexo 1, que forman parte integrante de esta póliza.

Cómo se presta el servicio

- El Asegurado podrá concertar cita libremente con los facultativos de MAPFRE FAMILIAR a nivel nacional, salvo en determinados métodos terapéuticos o pruebas diagnósticas que MAPFRE FAMILIAR deberá autorizar previamente. La relación de servicios sujetos a autorización figurará en la Guía Médica Asistencial vigente en cada momento.
- El traslado para acceder a especialistas o centros médicos siempre será a cargo del Asegurado, salvo que concurren las circunstancias establecidas en la garantía de "Servicio de Ambulancia" para que el mismo se realice en ese medio.

Servicios no cubiertos

- **La educación para el lenguaje, salvo cuando haya patología orgánica de base, la educación, terapia y rehabilitación especial en enfermos con afectación psicomórtora en procesos congénitos o adquiridos, así como la terapia de mantenimiento y ocupacional.**
- **Los tests psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, neuropsicológica, así como la rehabilitación psicosocial o neuropsicológica, sofrología y narcolepsia ambulatoria.**

- Los tratamientos experimentales y las medicinas alternativas, como organomeetría, acupuntura, homeopatía, y similares, así como los tratamientos estéticos.
- Las órtesis y prótesis ópticas, auditivas, (salvo implantes cocleares y audífonos incluidos en el Programa de Detección precoz y Tratamiento de la sordera en niños) miembros u órganos artificiales, D.I.U. (salvo en los Programas de Medicina Preventiva), y en general, cualquier aparato ortopédico como sillas de ruedas, camas ortopédicas, colchones antiescaras, empapadores, corsés ortopédicos, collarines cervicales, bastones de apoyo, aparatos de rehabilitación pasiva, así como los gastos de mantenimiento y reparación de los mismos y en general los productos farmacéuticos, vacunas y jeringuillas.
- La hipertermia prostática, los tratamientos con cámara hiperbárica, rehabilitación del suelo pélvico y la terapia fotodinámica en oftalmología, así como cualquier técnica novedosa o de nueva implantación no incluido en la presente póliza.
- En ventiloterapia, el CPAP, BIPAP y los monitores de apnea.
- En odontostomatología se excluye la periodoncia, la endodoncia, los empastes, la ortodoncia, las prótesis dentales y los implantes, salvo que se pacten en el suplemento odontológico con la presente póliza.

3. Hospitalización

Qué se cubre

- La estancia en el centro hospitalario con uso de habitación individual, manutención del Asegurado ingresado, cama de acompañante, utilización de quirófano, material fungible, prótesis e implantes según las especificaciones del apartado 4 "Tratamientos y Servicios Especiales", medicamentos, tratamientos y pruebas diagnósticas, así como los honorarios de los profesionales concertados con MAPFRE FAMILIAR que intervengan durante la hospitalización, siempre que exista indicación médica y el centro disponga de los medios técnicos y profesionales que lo permitan.
- Las intervenciones quirúrgicas con las especificaciones que figuran en la Cartera de Prestaciones de Especialidades del anexo 1 y en el epígrafe 4 "Tratamientos y Servicios Especiales".
- La prestación del servicio hospitalario se ajustará, en todo caso, a las características y posibilidades del centro hospitalario y de las diferentes unidades especiales de hospitalización.

En particular, esta garantía comprende:

LA HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA

Para el tratamiento de enfermedades o lesiones que precisen de cirugía en las distintas especialidades quirúrgicas, incluida la cirugía endoscópica y el láser. **No existe límite de estancia.**

LA HOSPITALIZACIÓN MÉDICA

Para el diagnóstico y/o tratamiento de los procesos agudos o crónicos reagudizados que, a juicio de un médico especialista de la Guía Médica Asistencial vigente, deban realizarse en régimen de internamiento hospitalario. **No existe límite en el número de estancias.**

LA HOSPITALIZACIÓN EN UNIDADES ESPECIALES

Incluyéndose la Unidad de Vigilancia Intensiva, Unidad Coronaria, Unidades de Aislamiento y la Unidad de Grandes Quemados. No existe límite en el número de estancias, **salvo en hospitalización en Unidades Especiales de Lesionados Raquimedulares que tendrá un límite de 60 días por Asegurado.**

LA HOSPITALIZACIÓN DE DÍA

Tanto para procesos quirúrgicos como médicos, incluidos los tratamientos oncológicos ambulatorios. Comprende la medicación, productos y medios de diagnóstico utilizados durante la permanencia en el centro hospitalario.

LA HOSPITALIZACIÓN POR MATERNIDAD

Que comprende la asistencia al parto asistido por especialista en obstetricia y matrona. Incluye la anestesia epidural en parto normal o distócico, a petición de la Asegurada, siempre que exista indicación médica y el centro disponga de los medios técnicos y profesionales que lo permitan.

CRÍO-PRESERVACIÓN DE CÉLULAS MADRE DEL CORDÓN UMBILICAL

En caso de haber prestado la asistencia al parto, el Asegurador cubrirá, además, esta garantía que incluye los servicios de crío-preservación de las células madre del cordón umbilical del recién nacido en el servicio médico especializado designado por el Asegurador. El acceso a estos servicios está supeditado a la formalización del contrato que el Asegurado ha de suscribir con el servicio recomendado especializado.

Comprende:

- El material sanitario necesario para la recogida de la muestra
- El procesamiento de la muestra para determinación de su viabilidad, y en su caso, confirmada la viabilidad, el almacenamiento y mantenimiento de la muestra en un banco de células por un periodo máximo de veinte años.

Cómo se presta el servicio

Para la obtención del Kit de extracción, procesamiento, confirmación de viabilidad y almacenamiento de la muestra, el asegurado deberá satisfacer los importes detallados en la Cartera de Prestaciones de Especialidades, Catálogo de Prótesis, Implantes y Franquicias y acudir a los servicios concertados del cuadro médico que cumplan con la legislación vigente en esta materia que, a su vez, estén concertados con el servicio especializado designado por el Asegurador.

Para el mantenimiento de la muestra en el banco de células, el Asegurador asumirá por cuenta de los asegurados, el abono de las cuotas anuales de mantenimiento devengadas durante el tiempo en que permanezca asegurado en la póliza del progenitor hasta un límite de veinte años. Si la muestra resultase inviable a todos los efectos o de su procesamiento se obtuviera un número de células insuficiente, el Asegurador no asumirá pago alguno de las cuotas de mantenimiento.

LA HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

Que comprende la vigilancia del recién nacido y la hospitalización del recién nacido prematuro o patológico en el centro especializado, así como la hospitalización quirúrgica o médica del niño menor de 15 años. **No existe límite de estancia.**

LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

Para el tratamiento de enfermos mentales afectados de procesos agudos o crónicos reagudizados. **Presenta un límite de 60 días por Asegurado y año, en régimen de internamiento hospitalario o en hospital de día.**

LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

En los centros que se den a conocer en la Guía Médica Asistencial vigente; en caso de duda, el Asegurado podrá contactar con el Servicio Telefónico de Urgencias de MAPFRE FAMILIAR, donde le dirigirán al centro hospitalario más cercano para que reciba la asistencia urgente.

Cómo se presta el servicio

- Con carácter general, para cualquier tipo de Hospitalización, deberá solicitarse autorización previa a MAPFRE FAMILIAR con una antelación de al menos 48 horas.
- La prescripción del especialista de MAPFRE FAMILIAR para la asistencia hospitalaria deberá recaer en un centro concertado o autorizado por la Entidad, indicándose el motivo de internamiento que habrá de estar incluido entre los servicios cubiertos por la póliza.
- En los casos de hospitalización urgente bastará la prescripción escrita o el informe de ingreso en la clínica emitido por un médico concertado por MAPFRE FAMILIAR. En estos casos el Asegurado deberá identificarse ante los servicios administrativos de la clínica como Asegurado de MAPFRE FAMILIAR, comunicando el ingreso a la Entidad en el plazo de las 72 horas posteriores al mismo para obtener la autorización correspondiente.
- Si se tratara de urgencia extrema o vital, el Asegurado podrá ser atendido por el médico o centro hospitalario más próximo. En este caso el Asegurado u otra persona en su nombre, dentro de las 72 horas siguientes a la atención y/o al ingreso, deberá comunicarlo de forma fehaciente (telegrama, telefax, o comparecencia personal) y obtener la autorización de MAPFRE FAMILIAR. Asimismo, deberán presentar informe médico que justifique la urgencia extrema. Los servicios médicos especialmente designados por MAPFRE FAMILIAR podrán decidir el traslado del enfermo a un centro hospitalario concertado siempre que para ello no haya contraindicación médica y, en todo caso, valorar la gravedad de la urgencia que motivó la asistencia por servicios no concertados por MAPFRE FAMILIAR.
- Si, en el momento de la comunicación de traslado indicado en el párrafo anterior, el Asegurado o persona que le represente no lo acepta, MAPFRE FAMILIAR no se hará cargo de los gastos que resulten desde el momento de la comunicación. Igualmente, MAPFRE FAMILIAR no se hará cargo de los gastos cuando el tipo de urgencia no justifique su atención por servicios no concertados.

Servicios no cubiertos

EN TODAS LAS GARANTÍAS HOSPITALARIAS

- **Los servicios hosteleros y sociales, tales como teléfono, televisión, comidas alternativas o del acompañante, servicio privado de enfermería, habitaciones tipo suites y similares, así como la cama de acompañante en los ingresos del paciente en unidades especiales.**

- Los traslados para tratamientos de rehabilitación o enfermedades crónicas, así como los gastos de desplazamiento originados por asistir fuera de la localidad del Asegurado a centros médicos y hospitales, salvo que concurren las circunstancias indicadas en la garantía de "Servicio de Ambulancia".

EN LA HOSPITALIZACIÓN QUIRÚRGICA

- La cirugía y los tratamientos de estética en general, así como, con carácter meramente enunciativo, el tratamiento de la esclerosis venosa en cirugía vascular periférica, rinoplastias en otorrinolaringología o en cirugía maxilofacial, cirugía reductora y reconstructora de la mama salvo después de mastectomía por cáncer de la mama afectada, tratamientos cosméticos y de la alopecia androgénica en dermatología y la cirugía de la obesidad.
- La cirugía reconstructiva de técnicas anticonceptivas previas, el tratamiento quirúrgico de la impotencia coeundi, la cirugía estereotáxica del Parkinson y el coste de los implantes cocleares, excepto los que se deriven del programa de detección precoz y tratamiento de la sordera en niños .

EN LA HOSPITALIZACIÓN MÉDICA

Los internamientos para curas de reposo o de adelgazamiento. Las estancias en residencias asistidas, geriátricos o asilos y los tratamientos o permanencias en balnearios, así como cualquier hospitalización en la que concurren circunstancias de tipo social.

EN LA HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA

La hospitalización en procesos psiquiátricos crónicos, test psicológicos, psicoanálisis, hipnosis, psicoterapia, sofrología y narcolepsia realizadas durante la hospitalización del paciente.

4. Tratamientos y Servicios Especiales

Qué se cubre

MEDICINA PREVENTIVA

Comprende aquellos programas **diseñados por MAPFRE FAMILIAR** en los que se contemplan actuaciones médicas, exploraciones clínicas y utilización de medios de diagnósticos específicos encaminados a la prevención de enfermedades y prestados en centros recomendados por la Entidad.

◦ Planificación Familiar.

Este programa incluye:

- Técnicas de implantación de D.I.U., incluido el coste del mismo
- Ligadura de trompas
- Vasectomía

El programa va dirigido fundamentalmente: a las parejas que quieran planificar su descendencia, bien en el sentido de evitarla, mediante técnicas definitivas o temporales (mecánicas o farmacológicas), o de conseguirla como un paso previo al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.

◦ **Preparación al parto.**

Este programa comprende un conjunto de técnicas que se aplican con la finalidad de que la gestante se encuentre preparada física y psicológicamente para el momento del parto.

En concreto se incluyen:

- Técnicas respiratorias y de relajación
- Gimnasia prenatal
- Psicoterapia de grupo

El tratamiento completo **tendrá una duración de 15 horas.**

El programa va dirigido fundamentalmente a mujeres gestantes a partir del segundo trimestre del embarazo.

◦ **Programa del niño sano.**

Este programa incluye:

- Entrega de un documento de salud infantil para el seguimiento de la salud del niño.
- Exploración neonatal y detección precoz de anomalías.
- Exámenes periódicos de salud para el control de la nutrición y el desarrollo psicofísico.
- Vacunaciones de acuerdo con el Calendario Oficial.
- Registro de incidencias y enfermedades detectadas.
- Promoción y educación para la salud infantil.

El programa va dirigido fundamentalmente a todos los niños desde su nacimiento hasta los 11 años.

◦ **Detección Precoz y Tratamiento de la Sordera en Niños.**

Este programa incluye:

- Consulta y exploración.
- Otoemisiones acústicas.
- Potenciales evocados auditivos del tronco cerebral.

Exclusivamente para los casos de sordera bilateral y mayor de 40 dBHL en el oído mejor, la Compañía cubrirá además de lo indicado anteriormente:

- Un implante coclear, con un límite máximo de 22.000 € por asegurado y para toda la vigencia de la póliza.
- Un audífono, uno para cada oído, para toda la vigencia del seguro y con un límite máximo de 2.000 € cada uno.
- Máximo de 20 sesiones/año de logopedia.

Este programa va dirigido a niños desde su nacimiento hasta que el asegurado cumpla los 7 años, siempre que en el momento de su nacimiento la madre o el padre tuviera una antigüedad en póliza superior a 10 meses.

◦ **Diagnóstico precoz de enfermedades de la mama.**

Este programa incluye:

- Análisis del riesgo de la Asegurada, a partir del cuestionario establecido al efecto.
- Consulta y exploración por el médico especialista.

- Ecografía mamaria.
- Informe clínico con diagnóstico, valoración del riesgo y recomendaciones.

Si como consecuencia de las anteriores pruebas se detectara una situación de riesgo, se efectuaría una mamografía.

El programa de diagnóstico precoz de enfermedades de la mama va dirigido fundamentalmente a mujeres: mayores de 40 años que no hayan tenido hijos o que el primer hijo lo hayan tenido después de los 35 años, que la menarquia (aparición de la primera regla) haya sido antes de los 12 años, que la menopausia la hayan tenido después de los 50 años, que estén en tratamiento hormonal, que tengan antecedentes de enfermedad mamaria o antecedentes familiares de cáncer de mama.

◦ **Diagnóstico precoz de enfermedades ginecológicas.**

Este programa incluye:

- Análisis del riesgo de la Asegurada, a partir del cuestionario establecido al efecto.
- Consulta y exploración por el médico especialista.
- Colposcopia y citología vaginal.
- Ecografía ginecológica.
- Analítica específica.
- Informe clínico con diagnóstico, valoración del riesgo y recomendaciones.

El programa de enfermedades ginecológicas va dirigido fundamentalmente a mujeres: mayores de 25 años que hayan tenido un embarazo antes de los 20 años, infecciones genitales, menarquia antes de los 12 años, menopausia después de los 50 años, alteraciones en general de la regla, antecedentes familiares de cáncer ginecológico o que presenten obesidad, diabetes, hipertensión o tabaquismo.

◦ **Diagnóstico precoz de enfermedades coronarias.**

Este programa incluye:

- Análisis del riesgo del Asegurado, a partir del cuestionario establecido al efecto.
- Consulta y exploración por el médico especialista.
- Electrocardiograma.
- Prueba de esfuerzo.
- Analítica específica.
- Informe clínico con diagnóstico, valoración del riesgo y recomendaciones.

Si como consecuencia de las anteriores pruebas se detectara una situación de riesgo, se practicaría un ecocardiograma.

El programa va dirigido fundamentalmente a personas mayores de 40 años, hombres o mujeres, que presenten: colesterol elevado, hipertensión arterial, tabaquismo, diabetes, obesidad, vida sedentaria o que tengan antecedentes familiares de enfermedad coronaria.

◦ **Diagnóstico precoz de enfermedades de la próstata.**

Este programa incluye:

- Análisis del riesgo del Asegurado, a partir del cuestionario establecido al efecto.
- Consulta y exploración por el médico especialista.
- Ecografía urológica.

- Analítica específica.
- Informe clínico con diagnóstico, valoración del riesgo y recomendaciones.

El programa va dirigido fundamentalmente a: varones mayores de 50 años, con o sin síntomas en la micción, que quieran conocer el estado de su próstata.

◦ **Diagnóstico precoz de la diabetes y seguimiento del enfermo diabético.**

El programa presenta una triple vertiente:

- **Diagnóstico precoz de la diabetes:** con consulta y exploración por el especialista, electrocardiograma, fondo de ojo, analítica específica, informe y recomendaciones.
- **Seguimiento y tratamiento de enfermos diabéticos:** con control y seguimiento por especialista, educación diabetológica, consulta diabetológica de seguimiento anual con ficha personalizada del paciente, analítica específica y otras exploraciones diagnósticas e inicio de tratamiento insulínico ambulatorio.
- **Seguimiento y Tratamiento de la Diabetes en el embarazo:** con programa de diagnóstico precoz, interconsulta diabetológica, educación diabetológica, analítica y exploraciones específicas.

El programa del diagnóstico precoz de la diabetes va dirigido a: todas aquellas personas que presenten historia familiar de diabetes, obesidad, mayores de 40 años con hipertensión arterial y colesterol alto, mujeres gestantes, mujeres con historia de embarazos patológicos o que hayan presentado más de 5 embarazos o que hayan tenido hijos que al nacer tuvieran un peso superior a los 4 kg y aquellas personas que presenten cansancio excesivo, aumento del apetito, de la sed, del volumen de orina emitido al día y adelgazamiento.

El programa de seguimiento y tratamiento de enfermos diabéticos va dirigido a todas las personas diagnosticadas de diabetes.

El programa de seguimiento y tratamiento de la diabetes en el embarazo va dirigido a las mujeres diabéticas embarazadas o aquellas que durante el transcurso del embarazo presenten alteraciones en su glucemia.

◦ **Diagnóstico precoz del glaucoma.**

Este programa incluye:

- Cuestionario de valoración del riesgo.
- Consulta y exploración por médico especialista en oftalmología examinando la agudeza visual y el nervio óptico, con toma de tensión intraocular.
- Examen con lámpara de hendidura de segmento anterior del ojo.
- Informe clínico con diagnóstico, valoración del riesgo y recomendaciones.

Si se detecta aumento de presión intraocular y/o afectación del nervio óptico se practicaría gonioscopia y campimetría para determinar el estado de la enfermedad.

El programa va dirigido fundamentalmente a aquellas personas que presenten antecedentes familiares de glaucoma, que sean miopes, que estén afectas de enfermedad cardiovascular, migrañas o diabetes, que hayan estado tomando medicación que pueda subir la tensión intraocular en los últimos 2 años (antidepresivos o corticoides fundamentalmente) o mayores de 40 años que no se hayan realizado una exploración oftalmológica en los últimos 3 años.

◦ **Rehabilitación cardiaca.**

Comprende los programas de rehabilitación dirigidos a enfermos coronarios y a postoperados de intervenciones quirúrgicas cardiacas, con la finalidad de mejorar su condición física y psicológica, facilitando la reincorporación del paciente lo antes posible a su vida laboral y social.

Este programa incluye:

- Consulta y valoración por especialistas.
- Sesiones de rehabilitación cardiaca mediante ejercicios físicos bajo control y monitorización cardiológica, **con un límite de 30 sesiones por paciente.**
- Ergometría de control.
- Charlas coloquio a pacientes y familiares, dirigidas a cambiar sus hábitos de vida y su educación sanitaria, trasladando así, al paciente y a sus familiares, información respecto a la mejora de su condición física y psicológica.

Los Asegurados desplazados podrán recibir parte del tratamiento en el centro de rehabilitación, y el resto, con los protocolos dados por el centro y bajo la supervisión del cardiólogo responsable del paciente, realizarlo en su propio domicilio.

El programa va dirigido a: enfermos coronarios y personas a las que se les haya practicado una intervención quirúrgica cardiaca. Podrán realizarlo en los centros concertados de rehabilitación cardiaca.

Cuando no existan servicios recomendados de MAPFRE FAMILIAR en la provincia de residencia del Asegurado, estos programas podrán realizarse, previa consulta con la Entidad, en centros recomendados de otras provincias.

REPRODUCCIÓN ASISTIDA

Para el tratamiento y estudio de la esterilidad de la pareja. Incluye las técnicas de inseminación artificial y técnicas de fecundación "in vitro". Será necesario que ambos miembros de la pareja sean Asegurados de esta póliza, que ninguno de ellos haya sido sometido a cirugía anticonceptiva (vasectomía o ligadura de trompas), que se haya confirmado el diagnóstico de esterilidad de uno de los miembros, que no hayan cumplido la edad de 40 años y que no hayan tenido descendencia.

La prescripción y elección del tratamiento lo realizará el especialista en técnicas de reproducción asistida designado por MAPFRE FAMILIAR, basándose en los estudios de esterilidad correspondientes. El tratamiento se llevará a cabo en los centros médicos y hospitalarios, y por los facultativos designados al efecto por MAPFRE FAMILIAR, que no necesariamente estarán ubicados en la provincia del domicilio del Asegurado. **La cobertura alcanza a dos intentos de inseminación artificial y un intento de fecundación "in vitro", durante la vigencia de la póliza.**

En caso de aplicación de las técnicas ICSY o micro inyección espermática, y para punciones testiculares (obtención de espermatozoides), **existirán franquicias a cargo del Asegurado**, que se recogen en el anexo I de estas Condiciones Generales.

La aplicación de técnicas de reproducción asistida se ajustará en todo caso a la legislación vigente.

PODOLOGÍA

Comprende los tratamientos de la patología del pie, en lo referente a tumores superficiales benignos y las patologías de las uñas, por profesionales de enfermería con la especialidad de podología.

Se incluye en esta cobertura:

- 4 sesiones de quiropodia al año.
- Tratamiento quirúrgico de la uña incarnata.
- Tratamiento podológico del papiloma.

TRATAMIENTOS DE PSICOTERAPIA BREVE O TERAPIA FOCAL

Se incluye en esta cobertura la consulta con el psicólogo y tratamientos de psicoterapia, **con un máximo de 20 sesiones año/asegurado**, salvo para trastornos de la alimentación que serán hasta un máximo de 40 sesiones asegurado/año.

En el caso que realicen sesiones estando el asegurado hospitalizado se le cubrirán, igualmente hasta un máximo de 20/40 sesiones, computándose las que se lleven a efecto para el tope anual.

Se requerirá autorización previa de la Compañía, siempre debe estar prescrito por un psiquiatra del Cuadro Asistencial de MAPFRE FAMILIAR y como tratamiento complementario a patologías psiquiátricas. La prescripción vendrá siempre acompañada de un informe del médico prescriptor que justifique que el tratamiento solicitado se encuentra dentro de las condiciones admitidas.

Existirá una **franquicia a cargo del asegurado** que se recoge en el Anexo I de éstas Condiciones Generales. Dicho coste se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales.

TRASPLANTES DE ÓRGANOS

Incluye la asistencia médico-quirúrgica para los trasplantes de córnea, corazón, hígado, riñón, pulmón, páncreas y médula ósea. El trasplante se realizará por el equipo médico y en el centro hospitalario que designe MAPFRE FAMILIAR.

PRÓTESIS E IMPLANTES

Se incluye en esta cobertura el reembolso del coste de su adquisición hasta el límite que para cada tipo genérico de prótesis, implantes o injertos que hayan sido utilizados en una intervención quirúrgica autorizada por MAPFRE FAMILIAR y exclusivamente los que se recogen en el Catálogo de Prótesis e Implantes del anexo 1 de estas Condiciones Generales, que forma parte integrante de la póliza. El reembolso se efectuará contra la presentación de la correspondiente factura una vez abonada por el Asegurado, de la empresa suministradora de la prótesis.

OSTEOPATÍA

Incluye la consulta con el osteópata y el tratamiento prescrito por él con un máximo de 8 sesiones por asegurado y año.

El Asegurado deberá acudir a un osteópata de la Guía Médica previa autorización de la Compañía.

El Asegurado participa en el coste de esta prestación de acuerdo con las franquicias determinadas en función de los conciertos establecidos por el Asegurador con los centros especializados realizadores que se indican en la Guía Médica Asistencial vigente y en el Anexo I de estas Condiciones Generales.

Dichas franquicias se revisarán anualmente y podrán variar en función de las modificaciones asistenciales..

Cómo se presta el servicio

- Todos los tratamientos y servicios especiales recogidos en este punto se prestarán necesariamente por los centros o por especialistas que, en su caso, determine MAPFRE FAMILIAR y deberán ser previamente autorizados por la Entidad.
- En todo caso, los Asegurados residentes en provincias o localidades que no cuenten con los servicios correspondientes, podrán acceder a ellos en las localidades donde se realicen, siendo a su cargo los gastos de traslado.

Servicios no cubiertos

- **En la Medicina Preventiva**
El coste de las vacunas, excepto vacunaciones de acuerdo con el calendario oficial dentro del Programa del niño sano.
Estudios genéticos
- **En la Preparación al Parto**
Las técnicas de recuperación postparto.
- **En la Reproducción Asistida**
La congelación/descongelación de embriones y esperma, así como los gastos de donación de ovocitos y esperma.
- **En los Trasplantes de Órganos**
La gestión y los gastos derivados de su obtención.
- **En Prótesis e Implantes**
Los injertos osteoinductores, injertos osteoconductores e injertos celulares, así como cualquier prótesis e implante, salvo aquellos que hayan sido autorizados previamente por MAPFRE FAMILIAR y que figuran en el Anexo I de las presentes Condiciones Generales.

5. Segundo Diagnóstico

Qué se cubre

La interconsulta a realizar a través del facultativo especialista de MAPFRE FAMILIAR, responsable asistencial del tratamiento médico o quirúrgico del Asegurado, con otro especialista o centro hospitalario a nivel mundial, con el fin de confirmar un diagnóstico o diferentes alternativas terapéuticas de una enfermedad relevante.

Cómo se cubre

El facultativo especialista de MAPFRE FAMILIAR, responsable asistencial, confeccionará el expediente clínico del Asegurado, que se hará llegar a través de MAPFRE FAMILIAR al especialista o Centros que estén acreditados como los más idóneos a nivel mundial en esa patología relevante.

El departamento médico de MAPFRE FAMILIAR, con la debida confidencialidad, remitirá al facultativo de MAPFRE FAMILIAR la respuesta solicitada, el cual comunicará a su vez al paciente los resultados de la misma y las posibles alternativas terapéuticas de esa enfermedad relevante.

6. Acceso a la red Hospitalaria en Estados Unidos de América

Qué se cubre

Las gestiones necesarias para el tratamiento del Asegurado en régimen hospitalario en EE.UU., con acceso a una amplia red seleccionada por MAPFRE FAMILIAR en ese país, así como **el 60 por ciento de los gastos médicos y hospitalarios que se originen en dicho tratamiento**, si como consecuencia de la garantía del "Segundo Diagnóstico" se desprendiera la necesidad de que el Asegurado se someta al mismo.

Cómo se presta el servicio

La Entidad solicitará el presupuesto de los gastos médicos y hospitalarios al centro médico de la red seleccionado por el Asegurado, y una vez aceptado por el mismo tramitará su traslado, las citaciones en el centro hospitalario y la contratación de intérpretes, si éstos son necesarios.

El Asegurado será hospitalizado en el centro hospitalario elegido, a precios preferenciales, siendo a su cargo los gastos ocasionados por el traslado, tanto ordinario como en medios medicalizados y los gastos por los servicios prestados de apoyo, tales como intérpretes o acompañantes.

MAPFRE FAMILIAR, con el apoyo de especialistas concertados a este fin, auditará la factura hospitalaria que gire al Asegurado el centro médico en el que se haya efectuado la hospitalización. Una vez confirmada la exactitud de la factura hospitalaria, el Asegurado procederá al abono íntegro de la misma. Posteriormente, MAPFRE FAMILIAR efectuará el reintegro del 60 por ciento de los gastos médicos y hospitalarios que se hayan originado durante la hospitalización, siempre que los mismos se deriven de la utilización de medios diagnósticos o terapéuticos recogidos en la póliza.

7. Coberturas Adicionales

A) Asistencia Urgente en el extranjero y Traslados en Territorio Nacional.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el Artículo 2º de estas Condiciones Generales, Mapfre Familiar pone a disposición de sus asegurados las prestaciones de "Asistencia Urgente en Viaje en el Extranjero, Traslados y Repatriaciones", así como "Traslados y Transporte

Sanitario en Territorio Nacional", en caso de enfermedad o accidente cuando se encuentre desplazado a más de 20 kilómetros de su domicilio habitual, de acuerdo con las condiciones pactadas con MAPFRE ASISTENCIA, compañía aseguradora de esta cobertura y prestadora del servicio.

El extracto de las Condiciones Generales de la póliza suscrita entre MAPFRE FAMILIAR y MAPFRE ASISTENCIA se entrega al Asegurado como Anexo 2 con la presente póliza."

B) Adopción Nacional e Internacional.

Esta garantía cubre el reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional, hasta un máximo de 12.000 euros por adopción, a todos aquellos asegurados que cumplan las particularidades y condiciones exigidas por la ley en materia de adopciones y que hayan solicitado el inicio de los trámites 24 meses después de la fecha de alta en la póliza. En ningún caso serán reembolsables los trámites de adopción iniciados antes de la fecha de efecto de la cobertura en póliza.

La cobertura comprende el reembolso de los gastos ocasionados por la realización de las siguientes actividades: expedición del certificado de idoneidad y, en su caso, del compromiso de seguimiento, obtención de cualesquiera documentos relacionados con la adopción, legalizaciones o autentificaciones de dichos documentos, traducciones, donaciones a orfanatos o casas cuna, emisión de pasaportes o visados y gastos de viaje, alojamiento y manutención en el lugar donde se realice la adopción.

Para el reconocimiento del derecho a esta prestación, el asegurado deberá hacer entrega al Asegurador una vez finalizados todos los trámites de una copia del certificado de idoneidad así como de la solicitud del mismo y del compromiso de seguimiento en los casos en que así lo exija el país de origen del adoptando, así como de la resolución que acuerde la adopción inscrita en el Registro Civil o cualquier otra documentación que acredite la adopción simple junto con la resolución favorable de la Comunidad Autónoma correspondiente para tramitar la adopción plena. Asimismo, deberá aportar las facturas y recibos originales, debidamente cumplimentados, con garantías legales suficientes de autenticidad.

Verificada esta documentación, si es procedente el reembolso, éste se hará efectivo mediante transferencia bancaria a la cuenta designada por el Asegurado en la póliza.

Los gastos en moneda distinta al euro se abonarán en esta moneda, calculándose el cambio de la divisa al cambio oficial que el Banco de España tuviera fijado para el día en que se hubiera producido el gasto.

C) Protección de Pagos.

MAPFRE FAMILIAR pone a disposición de sus Asegurados las prestaciones de "Protección de Pagos por Desempleo e Incapacidad Temporal" derivadas de enfermedad o accidente de acuerdo con los límites y condiciones recogidos en el Anexo 3 que se entrega con la presente póliza.

D) Fallecimiento por Accidente

MAPFRE FAMILIAR garantiza el pago a los beneficiarios de un capital máximo de 12.000 euros si se produjese el fallecimiento del Asegurado como consecuencia de un acciden-

te ocurrido inmediatamente o en el plazo máximo de 365 días, a contar desde la fecha del accidente. A los efectos de esta garantía se entiende por:

Asegurado: cualquier asegurado incluido en póliza que no esté incapacitado y que sea de edad superior a catorce años e inferior a sesenta y cinco.

Beneficiario: las personas a quienes el Asegurado reconoce el derecho a percibir la indemnización en caso de fallecimiento. A falta de designación expresa por parte del Asegurado se considerarán beneficiarios, por riguroso orden de preferencia, los siguientes: el cónyuge, los hijos del Asegurado, los padres del Asegurado por partes iguales o el superviviente de los dos, los herederos legales del Asegurado.

En el caso de que el tomador del seguro, adeudara en el momento del siniestro cantidad alguna a MAPFRE FAMILIAR, esta entidad será la primera beneficiaria hasta el importe de dicho débito.

Esta garantía cubre los accidentes sufridos por el Asegurado en todo el mundo, excepto aquellos ocurridos en regiones inexploradas o desérticas o en viajes que tengan carácter de exploración. En cualquier caso se indemnizarán por el Consorcio de Compensación de Seguros los siniestros producidos por causa de naturaleza extraordinaria, de conformidad con lo establecido en la legislación vigente.

Asimismo, a efectos de esta garantía no tendrán la consideración de accidentes y, por tanto, quedan excluidos de cobertura:

- a) Los accidentes ocurridos con anterioridad a la incorporación del Asegurado en la póliza, los causados por la participación en actos delictivos, duelos, riñas, actos de imprudencia temeraria o negligencia grave así como los que se produzcan cuando esté bajo los efectos del alcohol o las drogas.
- b) Los actos provocados intencionadamente por el Asegurado o los Beneficiarios como el suicidio o tentativa de suicidio consciente o inconsciente y las autolesiones.
- c) Los accidentes ocasionados por la conducción de vehículos a motor si el Asegurado no están en posesión de la autorización administrativa correspondiente, así como los que sufra como pasajero en medios de transporte que no cumplan los requisitos legales vigentes.
- d) Los ocurridos con ocasión de guerras declaradas o no, revoluciones, invasiones, asonadas, sediciones, rebeliones así como medidas de carácter militar.

La indemnización será satisfecha al término de las investigaciones necesarias para establecer la existencia del siniestro y sus consecuencias. Para obtener el pago, los Beneficiarios deberán remitir al Asegurador los siguientes documentos justificativos:

- a) Certificado literal de la inscripción de la defunción del Asegurado en el Registro Civil correspondiente.
- b) Certificado o informe del médico o médicos que hayan asistido al Asegurado, indicándose el origen, la naturaleza y la evolución de las consecuencias del accidente que ha originado su fallecimiento, o en su caso, testimonio de las diligencias judiciales o documentos que acrediten el fallecimiento por accidente.

- c) Documentos que acrediten la personalidad del o de los Beneficiarios mediante testamento o declaración legal de herederos, cuando dichos Beneficiarios hayan sido designados en la póliza.
- d) Carta de pago o autoliquidación provisional del impuesto sobre sucesiones debidamente cumplimentada por la Delegación o Administración de Hacienda. No obstante, el Asegurador queda autorizado a retener aquella parte del capital asegurado en que, de acuerdo con las circunstancias por él conocidas se estime la deuda tributaria resultante en la liquidación sobre el impuesto sobre sucesiones.

Si en un mismo Asegurado coincidieran varias pólizas emitidas por MAPFRE FAMILIAR en caso de siniestro, se abonará una única indemnización a los Beneficiarios.

8. Periodos de Carencia

Las garantías del presente contrato entrarán en vigor una vez que haya tomado efecto el mismo. No obstante, para determinadas prestaciones, será necesario que los primeros síntomas se produzcan una vez transcurridos los siguientes períodos de carencia, salvo pacto en contrario recogido en las Condiciones Particulares de la póliza:

◦ En caso de intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio o de internamiento.	6 meses
◦ Hospitalización de cualquier tipo, salvo urgencia extrema o vital.	6 meses
◦ Resonancia magnética, PET, gammagrafía, radiología vascular e intervencionista, polisomnografía, TAC coronario.	6 meses
◦ Diálisis.	6 meses
◦ Litotricia extracorpórea urológica.	6 meses
◦ Oncología médica o radioterápica.	6 meses
◦ Asistencia al embarazo, parto o cesárea.	8 meses
◦ Estudio de la esterilidad y tratamiento mediante técnicas de reproducción asistida (al ser necesaria la inclusión de ambos miembros de la pareja, el período de carencia se aplicará con relación al alta más reciente, de no haberse contratado en la misma fecha).	48 meses
◦ Resto de tratamientos y servicios especiales, excepto el programa del niño sano, que no presenta período de carencia.	6 meses
◦ Segundo Diagnóstico.	6 meses
◦ Acceso a la Red Hospitalaria en Estado Unidos de América.	6 meses
◦ Rehabilitación.	6 meses
◦ Osteopatía.	6 meses
◦ Consulta/Tratamientos de psicoterapia breve o terapia focal	6 meses
◦ Adopción nacional e internacional (el inicio de los trámites de adopción deberá haberse solicitado una vez transcurrido el período de carencia indicado desde el alta del asegurado en póliza)	24 meses

9. Participación del Asegurado en el Coste de los Servicios

El Asegurado abonará por cada servicio recibido el gasto que, en concepto de participación en el coste de los mismos, figura en el Anexo 1 de estas Condiciones Generales.

El importe de la participación del Asegurado en el coste de los servicios se revisará anualmente y podrá variar en función de las modificaciones de los costes asistenciales.

10. Autorización de Prestaciones

El Tomador del Seguro y el Asegurado están obligados a:

- a) Emplear todos los medios a su alcance para aminorar las consecuencias del siniestro. **El incumplimiento de este deber dará derecho al Asegurador a reducir su prestación en la proporción oportuna, teniendo en cuenta la importancia de los daños derivados del mismo y el grado de culpa del Asegurado.**

Si este incumplimiento se produjera con la manifiesta intención de perjudicar o engañar al Asegurador, éste quedará liberado de toda prestación derivada del siniestro.

- b) El Tomador del Seguro o Asegurado deberán dar al Asegurador toda clase de informaciones sobre las circunstancias y consecuencias del siniestro. Además, el Tomador del Seguro, el Asegurado o sus familiares deberán permitir las visitas de inspección que pueda realizar el personal médico del Asegurador, así como las averiguaciones o comprobaciones que éste considere necesarias. En caso de violación de este deber, la pérdida del derecho a la prestación se producirá en el supuesto de que hubiese concurrido dolo o culpa grave.

- c) **Documentación a presentar en caso de prestaciones que requiera autorización:** Para aquellas asistencias sanitarias que requieran autorización expresa de la Compañía, el Asegurado deberá facilitar informe clínico en el que a solicitud de la Compañía, se hagan constar antecedentes, fecha de inicio, fecha de diagnóstico, causas, origen y evolución de la dolencia sufrida.

Artículo 4º. TARJETA MAPFRE FAMILIAR

MAPFRE FAMILIAR facilitará a los Asegurados la "tarjeta MAPFRE FAMILIAR", que no contiene información sanitaria y es exclusivamente identificativa, con validez limitada por períodos de tiempo. El Asegurado deberá identificarse al requerir los servicios que procedan con la "tarjeta de MAPFRE FAMILIAR"; no obstante, cuando el médico o el centro que presta el servicio lo estimen conveniente, podrán requerir también el Documento Nacional de Identidad.

Cada acto sanitario prestado requerirá de un único pase de tarjeta, que se podrá efectuar en soporte papel o por datáfono.

La "tarjeta MAPFRE FAMILIAR" es personal e intransferible, reservándose MAPFRE FAMILIAR las acciones legales que procedan sobre el uso fraudulento de la misma. En caso de robo, hurto o extravío, el Asegurado está obligado a comunicar esta circunstan-

cia a MAPFRE FAMILIAR a la mayor brevedad posible; asimismo, el Asegurado deberá devolver la "tarjeta de MAPFRE FAMILIAR" al finalizar la vigencia del seguro.

Artículo 5º. EXCLUSIONES GENERALES

1. Salvo autorización expresa de MAPFRE FAMILIAR queda en todo caso excluida la asistencia sanitaria prestada por médicos, servicios o centros no concertados con MAPFRE FAMILIAR, así como los gastos médicos u hospitalarios ocasionados por servicios que dichos facultativos pudieran ordenar, así como el reembolso de dichos gastos o cualquier otro tipo de indemnización.
En caso de urgencia extrema y vital el Asegurado podrá ser atendido por el médico o centro hospitalario más próximo, según se recoge en el epígrafe 3 "Hospitalización", de las presentes Condiciones Generales.
2. La asistencia sanitaria a toda clase de enfermedades, defectos y malformaciones contraídas y manifestadas antes de la fecha de efecto del alta de cada Asegurado en la póliza o durante los periodos de carencia estipulados, las secuelas producidas por ellas, así como los defectos de nacimiento y las enfermedades congénitas, salvo que hubieran sido aceptadas expresamente por el Asegurador en las condiciones particulares de la póliza.
3. Accidentes producidos con anterioridad a la entrada en vigor de la póliza.
4. La asistencia sanitaria resultante, de las consecuencias de la participación del Asegurado en carreras o apuestas y las derivadas de la práctica como profesional de cualquier deporte, así como de la práctica como aficionado en actividades aéreas, submarinismo con uso de pulmón artificial, boxeo, escalada, carreras de vehículos de motor incluidos los entrenamientos, espeleología, toreo, encierro de reses y cualquier otra actividad de riesgo análogo.
5. La asistencia sanitaria en las consecuencias de la participación directa del Asegurado en actos delictivos, alborotos, reyertas o riñas, salvo que hubiera actuado en legítima defensa.
6. La asistencia sanitaria en las consecuencias de tentativa de suicidio o autolesión, estando o no el Asegurado en uso de sus facultades mentales.
7. La asistencia sanitaria de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (SIDA) y el tratamiento del alcoholismo y de la drogadicción.
8. La asistencia sanitaria en las enfermedades y accidentes que sean consecuencia de guerra civil o internacional (haya o no declaración de guerra), actos de terrorismo, insurrecciones, tumultos populares, movimientos sísmicos, inundaciones, huracanes, erupciones volcánicas, en las consecuencias directas o indirectas de la radiación nuclear o contaminación radiactiva, o cualquier otro fenómeno de carácter catastrófico o extraordinario, o acontecimientos que por su magnitud y gravedad sean calificados por el Gobierno de la Nación como "catástrofe o calamidad nacional", así como en las epidemias declaradas oficialmente.
9. Chequeos, exámenes médicos generales y estudios genéticos de carácter preventivo, excepto los incluidos en los programas de Medicina Preventiva.

- 10. El reembolso de los gastos ocasionados por la tramitación de un proceso de adopción nacional e internacional iniciado con anterioridad a la fecha de efecto de esta garantía.**

Artículo 6º. BASES DEL CONTRATO

1. El presente contrato se establece en base a las declaraciones manifestadas por el Tomador del Seguro y/o los Asegurados, que tienen el deber, antes de la perfección del contrato, de declarar a MAPFRE FAMILIAR, de acuerdo con el cuestionario de salud que ésta le someta, todas las circunstancias por ellos conocidas que puedan influir en la valoración del riesgo. Quedarán exonerados de tal deber si MAPFRE FAMILIAR no les somete al cuestionario o cuando, aún sometiéndolos, se trate de circunstancias que puedan influir en la valoración del riesgo y que no estén comprendidas en él.
2. En caso de reserva o inexactitud en la declaración, MAPFRE FAMILIAR podrá rescindir el contrato mediante declaración dirigida al Tomador del Seguro en el plazo de un mes, a contar desde el conocimiento de la reserva o inexactitud del propio Tomador o de los Asegurados. Corresponderá a MAPFRE FAMILIAR, salvo que concurra dolo o culpa grave por su parte, las primas relativas al periodo en curso en el momento que haga esta declaración.

Si dicha reserva o inexactitud es imputable a uno de los Asegurados, MAPFRE FAMILIAR podrá excluir al mismo de la póliza mediante comunicación dirigida al Tomador del Seguro.

3. El Tomador del Seguro y, en su caso, los Asegurados deberán, durante el curso del contrato, comunicar a MAPFRE FAMILIAR tan pronto como sea posible todas las circunstancias que agraven el riesgo y sean de tal naturaleza que si hubieran sido conocidas por MAPFRE FAMILIAR en el momento de la perfección del contrato, no lo habría celebrado o lo habría concluido en condiciones más gravosas para aquéllos.

Asimismo, el Tomador del Seguro o el Asegurado podrán poner en conocimiento del Asegurador todas las circunstancias que disminuyan el riesgo.

El Tomador también deberá comunicar a MAPFRE FAMILIAR, tan pronto como le sea posible, el cambio del domicilio familiar.

4. Los hijos recién nacidos de madre o padre Asegurado cuya alta en la póliza haya tomado efecto en un tiempo superior o igual a 10 meses de antelación al nacimiento se incorporarán a la póliza con efecto de la fecha del nacimiento con las mismas garantías de la madre o del padre si, en el plazo de diez días hábiles desde la fecha del mismo, se hubiera solicitado el alta mediante cumplimentación de la solicitud. En este caso no se considerarán más carencias que las que fueran de aplicación a la madre o al padre. En caso contrario, la admisión del recién nacido quedará sujeta al cumplimiento de las condiciones establecidas por MAPFRE FAMILIAR, pudiendo ser de aplicación las carencias establecidas en la póliza, así como las exclusiones correspondientes.

El alta de la póliza del recién nacido, en caso de que la compañía acepte su aseguramiento, no surtirá efectos hasta que se haya emitido el suplemento y abonado la prima correspondiente, que vendrá determinada por la aplicación de las tarifas que el

Asegurador tenga en vigor en la fecha en que se produzca el alta.

Con independencia de lo establecido en los apartados precedentes, si el recién nacido tuviese alguna enfermedad y/o malformación congénita el Asegurador garantiza la aceptación de su alta en el seguro previo siempre el abono de la prima correspondiente, y siendo requisito imprescindible adicional, que el alta de la madre o del padre en la póliza haya tomado efecto con al menos 10 meses de antelación al nacimiento.

5. Si el contenido de la póliza difiere de la proposición de seguro, caso de que ésta existiese, o de la solicitud de seguro, el Tomador o el Asegurado podrá reclamar a MAPFRE FAMILIAR en el plazo de un mes, a contar desde la entrega de la póliza, para que subsane las divergencias existentes. Si MAPFRE FAMILIAR no accede a la pretensión del Tomador del Seguro, éste puede solicitar la resolución del contrato.

6. Bajas de Asegurados.

El Asegurado que sea familiar conviviente con el Asegurado Titular y a sus expensas, causará baja en el seguro, cesando automáticamente sus coberturas, en el momento en que se independice económicamente del mismo y/o cese dicha convivencia familiar, circunstancia que deberá comunicar inmediatamente al Asegurador al objeto de regularizar las primas.

No obstante, dicho Asegurado podrá suscribir un nuevo contrato con idénticas garantías, conservando los derechos que tuviese adquiridos hasta ese momento, siempre que lo solicite en un plazo no superior a un mes a contar desde la fecha de la comunicación de la baja a la que se hace referencia en el párrafo anterior.

La baja de uno o varios Asegurados en la póliza por cualquier causa, tendrá asimismo la consideración de modificación del riesgo, siendo de aplicación las normas establecidas en los apartados precedentes del presente artículo.

7. En el supuesto de indicación inexacta de la edad del Asegurado, MAPFRE FAMILIAR podrá impugnar el contrato si la verdadera edad del Asegurado en el momento de la entrada en vigor del mismo excede de los límites de admisión establecidos por la Entidad Aseguradora.

Si como consecuencia de dicha inexactitud la prima pagada es inferior a la que correspondería pagar, el Tomador o el Asegurado vendrá obligado a abonar a MAPFRE FAMILIAR la diferencia existente entre las cantidades satisfechas en concepto de primas y las que realmente le hubiese correspondido pagar según su verdadera edad. Si, por el contrario, la prima pagada es superior a la que debería haberse abonado, MAPFRE FAMILIAR estará obligada a restituir el exceso de las primas percibidas sin intereses.

8. El Tomador del Seguro o, en su caso, el Asegurado otorgará a MAPFRE FAMILIAR la subrogación en cuantos derechos y actos que por razón de siniestro le correspondieran frente a las personas responsables del mismo.

Artículo 7º. PERFECCIÓN, EFECTO Y DURACIÓN DEL CONTRATO

1. El seguro entrará en vigor en el día y hora indicados en las Condiciones Particulares de la póliza, siempre que, salvo pacto en contrario, la Aseguradora haya cobrado el primer recibo de prima.

El seguro se contrata por un año de duración, prorrogándose tácitamente por periodos anuales, salvo que algunas de las partes lo denuncie con dos meses de antelación a su inmediato vencimiento.

2. La cobertura del seguro cesará automáticamente desde la fecha de extinción de la póliza. Desde ese momento, el Asegurado no tendrá derecho a prestaciones sanitarias posteriores aunque tengan su origen en enfermedades o accidentes anteriores a la citada fecha de extinción.

3. La Aseguradora no podrá rescindir la póliza a los asegurados que hayan permanecido durante tres anualidades consecutivas en la misma. El contrato se prorrogará automáticamente, con la excepción de los supuestos de incumplimiento de obligaciones por parte del asegurado y de existencia de inexactitud, dolo o culpa en las respuestas proporcionadas en el cuestionario de Salud, adjunto a la solicitud del seguro.

7.bis. CONTRATACION A DISTANCIA DEL SEGURO

En caso de contratación a distancia, se aplicará lo dispuesto en este artículo. Se considera que existe contratación de un seguro a distancia cuando para su negociación y celebración se utiliza exclusivamente una técnica de comunicación a distancia sin presencia física y simultánea del proveedor y el consumidor, consistente en la utilización de medios telemáticos, electrónicos, telefónicos, fax u otros similares.

En caso de contratación a distancia, el seguro entrará en vigor a las 0 horas del día siguiente a aquel en que el tomador haya prestado su consentimiento, salvo que, por acuerdo expreso se concierte otra fecha. En todo caso, la fecha de efecto quedará reflejada en las Condiciones Particulares de la póliza.

Sin perjuicio de lo indicado en los párrafos anteriores, el contrato y sus modificaciones o adiciones deberán ser formalizadas por escrito. El Asegurador está obligado a entregar al tomador del seguro la póliza. El tomador deberá devolver al Asegurador un ejemplar firmado por él de las Condiciones Particulares de la póliza, así como la documentación acreditativa de las circunstancias que configuren el riesgo.

El tomador, cuando sea consumidor, esto es, persona física que actúe con un propósito ajeno a una actividad comercial o profesional propia, dispondrá de un plazo de 14 días naturales para desistir del contrato a distancia, sin indicación de los motivos y sin penalización alguna, siempre que no haya ocurrido el siniestro.

Dicho plazo se contará desde el día de la celebración del contrato o desde la fecha en que el Asegurador entregue la póliza.

El tomador habrá de comunicarlo al Asegurador por un procedimiento que permita dejar constancia de la notificación de cualquier modo admitido en Derecho y estará obligado a pagar la prima correspondiente hasta el momento del desistimiento. En caso de que la prima hubiera sido cobrada, el Asegurador reembosará al tomador, dentro de un plazo máximo de 30 días naturales, dicho importe, salvo la parte correspondiente al periodo de tiempo en que el contrato hubiera tenido vigencia hasta el momento del desistimiento.

Artículo 8º. PAGO DE LA PRIMA

A) NORMAS GENERALES

1. El Tomador del Seguro está obligado al pago de las primas en las condiciones estipuladas en la póliza.
2. Los recibos de primas deberán hacerse efectivos por el Tomador en sus correspondientes vencimientos por anualidades completas anticipadas. No obstante, podrá pactarse que el pago de la prima se fraccione de forma semestral, trimestral, bimestral o mensual, aplicándose el recargo correspondiente. Dicho fraccionamiento, y el recargo que corresponda se harán constar en las Condiciones Particulares de la póliza.
3. El pago de las primas será exigible, en el domicilio del Tomador del Seguro o en el pactado en las Condiciones Particulares de la póliza.
4. **El Asegurador sólo queda obligado por los recibos librados por la Compañía. El pago del importe de la prima efectuado por el Tomador del Seguro al agente o en su caso al Corredor, no se entenderá realizado al Asegurador salvo que, a cambio, el agente o en su caso el Corredor entregue al Tomador del Seguro el recibo de prima emitido por el Asegurador.**

B) PRIMA INICIAL

1. La prima inicial es la que se fija en las Condiciones Particulares, que corresponde al período inicial de cobertura señalado en las mismas.
2. Si por culpa del Tomador del Seguro, la prima no ha sido pagada una vez firmado el contrato o, en su caso, al vencimiento de la misma, el Asegurador tiene derecho a resolver el contrato o a exigir el pago de la prima debida en vía ejecutiva.
3. **Salvo pacto expreso en contrario, si la prima no ha sido pagada antes de que se produzca el siniestro, el Asegurador quedará liberado de su obligación.**

C) PRIMAS SUCESIVAS

1. **Para el caso de prórroga tácita del contrato, la prima de los periodos sucesivos será la que resulte de aplicar las tarifas de primas fundamentadas en los cálculos técnico-actuariales realizados para actualizar los costes de los servicios asistenciales, la frecuencia de la utilización de tales servicios y la incorporación a la póliza de las innovaciones tecnológicas de nueva aparición. Además, en cada año la prima se actualizará de acuerdo con los factores de riesgo que el Asegurador tenga establecidos a la fecha de renovación.**
2. El Asegurador, con treinta días al menos de anterioridad al vencimiento del contrato, notificará al Tomador del Seguro las primas aplicables para cada nuevo periodo de cobertura, mediante envío del oportuno aviso de cobro del recibo correspondiente, (en el domicilio de dicho Tomador o en el determinado en la póliza) comunicándole la fecha de presentación al cobro. Si la tarifa fijada para el nuevo periodo de cobertura implica un incremento respecto a la aplicada en el precedente, el Tomador, sin perjuicio de lo establecido en el Artículo 7º de estas Condiciones Generales, podrá dar por resuelto el contrato mediante notificación expresa al Asegurador, mediante carta certificada,

telegrama o telefax, con anterioridad al vencimiento del contrato, en cuyo caso el contrato quedará extinguido al vencimiento del periodo en curso.

En este caso, si por hallarse domiciliado el pago de la prima en una Entidad bancaria el recibo fuese cargado en la cuenta del Tomador, el Asegurador le reintegrará su importe.

- 3. Para el pago de cada prima anual o fraccionada, el Tomador dispone de un plazo de un mes a contar desde el día siguiente a la fecha de su vencimiento. Si se produjera un siniestro durante el transcurso de ese mes, el Asegurador podrá deducir del importe a indemnizar el de la prima adeudada para el período en curso. Transcurrido el plazo indicado, las coberturas del seguro quedan automáticamente suspendidas.**

No serán indemnizables los siniestros que se produzcan cuando las coberturas se encuentren suspendidas.

Si el Asegurador no reclamara el pago dentro de los seis meses siguientes al vencimiento de la prima, se entenderá que el contrato queda extinguido. El Asegurador, cuando el contrato esté en suspenso, sólo podrá exigir el pago de la prima del período en curso incluida la fracción de prima correspondiente al período en que la cobertura ha estado en suspenso, operando como penalización por mora en el pago. Si el contrato no hubiera sido resuelto, la cobertura vuelve a tener efecto a las 24 horas del día en que el Tomador pague la prima.

Artículo 9º. DOMICILIACIÓN BANCARIA

Si se determina en las Condiciones Particulares la domiciliación bancaria de los recibos de prima, se aplicarán las siguientes normas:

- a) El obligado al pago de la prima entregará a la Entidad carta dirigida al establecimiento bancario o Caja de Ahorros dando la orden oportuna al efecto.
- b) La prima se entenderá satisfecha a su vencimiento, salvo que intentado el cobro dentro del plazo de gracia de un mes previsto en la Ley de contrato de Seguro no existiesen fondos suficientes en la cuenta del obligado a pagarla. En este caso, el Asegurador notificará al Asegurado que tiene el recibo a su disposición en el domicilio de la Entidad Aseguradora, y el Asegurado vendrá obligado a satisfacer la prima en dicho domicilio.
- c) Si la Entidad dejase transcurrir el plazo de gracia sin presentar el recibo al cobro, y al hacerlo no existiesen fondos suficientes en la cuenta aquélla, deberá notificar tal hecho al obligado a pagar la prima, por carta certificada o un medio indubitado, concediéndole nuevo plazo de un mes para que comunique al Asegurador la forma en que satisfará su importe.

Artículo 10º. PÉRDIDA DE DERECHOS, RESCISIÓN E INDISPUTABILIDAD DEL CONTRATO

Si se hubiese practicado reconocimiento médico previo o, a la vista de la declaración de salud del Asegurado, se hubiera reconocido plenitud de derechos, la póliza será indisputable en cuanto al estado de salud del Asegurado, y MAPFRE FAMILIAR no podrá negar sus prestaciones alegando la existencia de enfermedades anteriores a menos que, de manera

expresa, se haga alguna salvedad en las Condiciones Particulares de la póliza o el Asegurado, actuando con dolo o culpa grave, haya cumplimentado la declaración de salud con reservas o inexactitud.

A falta de reconocimiento médico o declaración de salud, la póliza será indisputable transcurrido un año desde la perfección del contrato, salvo que el Tomador haya actuado con dolo.

Artículo 11º. PRESCRIPCIÓN Y JURISDICCIÓN

1. Las acciones que se deriven del presente contrato prescribirán en el término de cinco años, a contar desde el día en que pudieran ejercitarse.
2. El presente contrato queda sometido a la jurisdicción española y, dentro de ella, será Juez competente para el conocimiento de las acciones derivadas del mismo contrato, el del domicilio del Asegurado, a cuyo efecto éste designará un domicilio en España, en caso de que el suyo fuese extranjero.
3. **Sin perjuicio de lo establecido en el apartado precedente, en caso de que se suscite controversia en la interpretación o ejecución del presente contrato, el Tomador del Seguro, el Asegurado, los beneficiarios y los terceros perjudicados o sus derechohabientes podrán formular, en su caso y de acuerdo con las normas de actuación que se facilitan al Tomador del Seguro con este contrato, reclamación ante el Departamento de Reclamaciones del Sistema MAPFRE.**

En el supuesto de que en el plazo de dos meses desde la fecha de presentación de la reclamación ésta no haya sido resuelta o haya sido desestimada la petición, las personas mencionadas en el párrafo anterior, salvo en los supuestos de contratos por grandes riesgos, podrán formular reclamación ante el Comisionado para la Defensa del Asegurado y del Partícipe en Planes de Pensiones adscrito a la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 62 de la Ley 30/1995 de 8 de noviembre de Ordenación y Supervisión de los Seguros Privados.

Sólo con la expresa conformidad de las partes, podrán someterse las diferencias derivadas de la interpretación y cumplimiento de este contrato al juicio de árbitros, de acuerdo con la legislación vigente.

Artículo 12º. EXTINCIÓN Y NULIDAD

Si durante la vigencia del seguro se produjera la desaparición del interés asegurado, desde ese momento el contrato del seguro quedará extinguido y MAPFRE FAMILIAR tendrá el derecho de hacer suya la prima no consumida.

El contrato de seguro será nulo, salvo en los casos previstos por la Ley, si en el momento de su conclusión no existía el riesgo o hubiera ocurrido siniestro.

■ Definiciones

A efectos de este contrato se entenderá por:

Accidente: Lesión corporal debida a una causa violenta súbita, externa y ajena a la intencionalidad del Asegurado. No se considerarán como accidentes las enfermedades cardiovasculares y las lesiones relacionadas con dichas afecciones.

Adopción: Acto formal sometido a aprobación judicial por el que se considera padres e hijos a quienes no lo son por naturaleza.

Ambulancia medicalizada: Transporte sanitario cuya dotación técnica y de personal asistencial le diferencia de la ambulancia habitual, y que es utilizado para enfermos muy graves o que precisan una vigilancia o tratamiento de mantenimiento durante el tiempo que dura el traslado.

Asegurado Titular: Cada uno de los Asegurados que satisface las condiciones de adhesión al seguro y que, en defecto del Tomador del Seguro, asume las obligaciones derivadas del contrato.

Asegurador: MAPFRE FAMILIAR S.A. de Seguros y Reaseguros, entidad emisora de esta póliza, que mediante el cobro de la prima, asume la cobertura del riesgo contratado con arreglo a las condiciones de la póliza.

Asegurados dependientes: Tendrán tal consideración las personas que convivan con el Asegurado Titular, de forma permanente, en el domicilio familiar y se encuentren incluidas en la póliza.

Asistencia ambulatoria: Atención a un enfermo o lesionado, en un consultorio médico u hospital, sin que se produzca su hospitalización por un período de tiempo superior a 24 horas.

Beneficiario: La persona titular del derecho a percibir, en su caso, la prestación derivada de la póliza. En esta modalidad de seguro, este derecho corresponde al Asegurado.

Carencia: Periodo de tiempo contado a partir de la fecha de efecto del seguro otorgado por MAPFRE FAMILIAR a cada póliza durante el cual no entra en vigor alguna de las garantías de la póliza.

Consulta: Acción de atender y examinar al médico a un enfermo, realizando las exploraciones habituales para, con o sin apoyo de otras pruebas de diagnóstico complementarias, obtener un diagnóstico, un pronóstico y prescribir un tratamiento.

Cuadro médico de MAPFRE FAMILIAR: Profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y otros servicios sanitarios concertados directamente por MAPFRE FAMILIAR a nivel nacional. Aparecerán editados en las Guías Médicas

Asistenciales cuando sean de acceso directo por el Asegurado, pudiendo éste informarse en la Entidad del resto de conciertos sanitarios de MAPFRE FAMILIAR.

Domicilio familiar: Lugar designado en la póliza en el que conviven el Asegurado Titular y los dependientes. Es el que se considera a los efectos de la asistencia domiciliaria.

Enfermedad congénita: Es aquella alteración de la salud con la que se nace, bien por ser hereditaria o por haberse contraído en el seno del útero materno.

Enfermedad o lesión: Toda alteración involuntaria de la salud cuyo diagnóstico y confirmación sea efectuado por un médico y que haga precisa la asistencia facultativa. No se considerarán enfermedades a efectos de cobertura, a título meramente enunciativo y no limitativo: los tratamientos para adelgazar, las curas de sueño o reposo, los tratamientos psicológicos, las intervenciones y/o tratamientos por razones estéticas, los defectos o dolencias congénitas, el alcoholismo y las toxicomanías.

Enfermedad, defecto o malformación preexistente: Es aquella alteración de la salud que existe con anterioridad al momento de la contratación o alta en el seguro y que normalmente hubiera sido percibida por signos o síntomas, independientemente de que exista un diagnóstico médico.

Esterilidad de la pareja: La falta de descendencia después de dos años de relaciones sexuales encaminadas a la procreación.

Franquicia: Cantidad o porcentaje expresamente pactada, a cargo del Asegurado, como participación del mismo en el coste de los servicios sanitarios.

Grupo familiar: El conjunto de personas formado por el Asegurado Titular y los Asegurados dependientes.

Guía Médica Asistencial: Lista vigente, considerándose como tal la última publicada, de profesionales sanitarios, centros médicos, hospitales y otros servicios sanitarios concertados directamente por MAPFRE FAMILIAR a los que tiene acceso directo el Asegurado. Como puede sufrir modificaciones se debe confirmar, antes de asistir por primera vez a uno de estos servicios, la validez de los datos que figuran en ella. El Asegurado podrá solicitar información de la Entidad sobre las Guías de otras provincias.

Hospital o Centro Hospitalario: Todo establecimiento público o privado legalmente autorizado para el tratamiento de enfermedades o lesiones corporales, provisto de los medios para efectuar diagnósticos, intervenciones quirúrgicas, e internamiento superior a 24 horas. Estos centros pueden disponer además de unidades especiales de hospitalización y de hospital de día.

A los efectos de la póliza no se considerarán hospitales los hoteles, asilos, casas de reposo o convalecencia, balnearios, instalaciones dedicadas principalmente al internamiento y/o tratamiento de enfermedades crónicas, tratamientos de drogadicción o alcoholismo e instituciones similares.

Hospitalización: Supone el registro de entrada del paciente y su encamamiento en el hospital durante un mínimo de 24 horas.

Hospitalización en Unidades especiales: Es la ocupación de una cama hospitalaria, que por sus características respecto a los medios técnicos, médicos y de cuidados de enfermería empleados, la diferencian de la hospitalización general o habitual. Estas unidades están fundamentalmente destinadas: a la vigilancia y tratamiento intensivo de pacientes graves o de alto riesgo (cuidados intensivos, coronarias, neonatología); al tratamiento específico de ciertas enfermedades o lesiones (unidad de quemados, unidad de lesionados raquimedulares); o al aislamiento del paciente, bien porque éste pueda ser contaminante (unidad de infecciosos, unidad para el tratamiento con isótopos radioactivos) o bien para evitar su contaminación al tener alterado su sistema inmunológico (unidad de aislamiento en enfermos trasplantados).

Hospitalización de día: Supone la ocupación de una cama de hospitalización de un centro médico o de un hospital por un periodo inferior a 24 horas y habitualmente pernoctando el enfermo en su domicilio.

Hospitalización a domicilio: Consiste en la atención médica y de enfermería al paciente encamado en su propio domicilio, con la colaboración de su familia, que permita la asistencia, sin necesidad de ingreso hospitalario, de enfermedades o lesiones crónicas o la recuperación después de intervenciones quirúrgicas.

Material ortopédico: Aparato de cualquier naturaleza utilizado para corregir o evitar las deformidades del cuerpo humano o para reemplazar parcial o totalmente las funciones de un miembro u órgano.

A los efectos de la póliza **se considera material ortopédico: los aparatos ortopédicos en general (sillas de ruedas, camas ortopédicas, corsés, collarines y bastones de apoyo) así como cualquier otra no recogida explícitamente en las presentes Condiciones Generales.**

Material de osteosíntesis: Cualquier elemento empleado por la síntesis o unión de los extremos de un hueso.

Médico: Persona que se halla legalmente autorizado para profesar y ejercer la medicina.

Intervención quirúrgica: Toda operación mediante incisión u otra vía de abordaje interno efectuada por profesional sanitario autorizado, con fines terapéuticos.

Intervención quirúrgica de carácter urgente: Aquella en que la demora en su realización pueda significar un peligro grave e inmediato para la vida de la persona o para su capacidad funcional.

Póliza: Conjunto de documentos que contiene las condiciones reguladoras del seguro. Forman parte integrante de la póliza: la solicitud de seguro, el cuestionario sobre el estado de salud, las Condiciones Generales, especiales y particulares que individualizan el riesgo, así como los suplementos o apéndices que se añadan a la misma, para completarla o modificarla.

Prima: Precio del seguro que se devengará por periodos anuales, en cuyo recibo se incluirán además los recargos e impuestos repercutibles.

Prótesis e implantes: Toda pieza orgánica o inorgánica utilizada para reemplazar, temporal o permanentemente, la ausencia o función de un tejido u órgano, tanto sea de aplicación interna o externa.

A los efectos de la póliza no se consideran prótesis e implantes:

Las ópticas (gafas, lentillas), auditivas (audífonos), miembros u órganos artificiales (extremidades ortopédicas, prótesis del ojo, de testículo y de mama), prótesis de pene y cualquier otra no recogida explícitamente en el Catálogo de prótesis e implantes cubiertas por MAPFRE FAMILIAR mediante el reintegro a los Asegurados de cantidades económicas hasta un límite previamente fijado en euros, del Anexo 1 de las presentes Condiciones Generales.

Siniestro: Todo acto sanitario que esté cubierto por alguna de las garantías de la póliza.

Técnicas novedosas o de nueva implantación: Se consideran técnicas novedosas o de nueva implantación aquellos tratamientos médicos, quirúrgicos y medios de diagnóstico cuya eficacia en las patologías que vayan a ser utilizadas no está suficientemente probada ni avalada por la Sociedad Científica de la especialidad que corresponda, así como aquellas, que estando probada su eficacia, su implantación en protocolos diagnósticos y/o terapéuticos es inferior a tres años.

Tomador del Seguro: Persona física o jurídica que, conjuntamente con el Asegurador, suscribe este contrato y al que corresponden los derechos y obligaciones que del mismo se derivan, salvo las que por su naturaleza deban ser cumplidas por el Asegurado.

Tratamiento de psicoterapia breve o terapia focal: Tratamiento de apoyo al psiquiatra y prescrito por él.

Urgencia extrema o vital: Cuando en la situación de urgencia, el riesgo de muerte inminente, de grandes lesiones o de grandes incapacidades es inminente y requiere el tratamiento lo más inmediato posible.



Domicilio Social: Ctra. de Pozuelo, 50 - 28220 Majadahonda, Madrid
Teléfono: 902 20 40 60

www.mapfre.com